Aus der Klinik von Professor L. Fraenkel, Breslau.

# Ueber einen Fall von bilateral-symmetrischen Tubeneckenadenomyomen des Uterus zusammen mit einem retrocervicalen Kugelmyom.

## Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Geschwulstdisposition.

---

### Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde
bei der medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

**Max Sklarz,**
appr. Arzt.

Breslau 1921.
Buchdruckerei „Merkur“ (Emil Wurst), Breslau 1, Schmiedebrücke 33.

Gedruckt mit Genehmigung der
medizinischen Fakultät der Universität Breslau.

---

Referent: Professor Dr. Küstner.

Der erste Teil der Arbeit ist hauptsächlich eine Zusammenstellung der in der Literatur beschriebenen Fälle von Kombination bilateral-symmetrischer Tubeneckenadenomyome mit Kugelmyomen im Anschluß an einen derartigen Fall, der in der L. Fraenkel'schen Klinik zur Beobachtung kam. Das durch Operation gewonnene Präparat zeigt einen kindskopfgroßen Uterus, der 3 Tumoren enthält. Die mikroskopische Untersuchung weist die beiden symmetrisch an den beiden Tubenecken sitzenden, je borsdorferapfelgroßen Knollen als Adenomyome, den dritten, die ganze Rückwand des Uterus und der Cervix einnehmenden, billardkugelgroßen Tumor als Kugelmyom aus. 8 Fälle von ganz gleichartigem Zusammentreffen symmetrischer Adenomyome mit genuinem Myom, die von v. Recklinghausen (2), R. Meyer (1), v. Rosthorn (1), Heine (2), Borst (1) und Neumann (1) beschrieben sind, werden referiert. Dabei zeigt sich, daß neben diesen Tumoren sich häufig noch andere Entwicklungsstörungen und Geschwülste finden: Epoophoroncysten, Uterus arcuatus und Carcinom.

Die Bevorzugung der Tubenwinkel durch die Adenomyome findet teils durch die in der Fötalzeit dort stattfindende Überkreuzung des Wolffschen Körpers durch den Müllerschen Gang, teils durch die eigenartige Verflechtung der Muskelfasern an dieser Stelle ihre Erklärung.

Im Gegensatz zu der vielfach vertretenen Ansicht, der myomatöse Anteil der Adenomyome sei dem Gewebe der Kugelmyome völlig gleich zu erachten, wird an der Hand der Heimann'schen Untersuchungen gezeigt, daß die stets gesetzmäßige Anordnung der Muskelfasern in den Kugelmyomen entgegen der Regellosigkeit ihrer Lagerung in den Adenomyomen für eine Verschiedenheit der Genese dieser beiden Geschwulstarten spricht.

Zahlreiche Theorien sind über die Herkunft der drüsigen Bildungen im Myometrium aufgestellt worden. R. Meyer hält den größten Teil von ihnen für entzündliche Schleimhaut- oder Serosa-Hyperplasien. v. Recklinghausen führt die Adenomyome fast ausnahmslos auf versprengte Reste der Urniere zurück, hauptsächlich gestützt auf die Lokalisation dieser Tumoren und auf ihren oft organoiden Bau, der dem Bau der Urniere stark ähnelt. Kossmann, Ribbert u. a. leiten die Adenomyome von versprengten Resten des Müllerschen oder Wolffschen Ganges her.

Über die Herkunft des myomatösen Anteils der Adenomyome bestehen zwei Ansichten: die erste tritt dafür ein, daß das Muskelgewebe autochthonen Ursprungs ist, und erklärt seine Wucherung aus einer Reizung des Myometriums durch den Drüsenkeim. Die zweite Ansicht führt die Adenomyome auf Versprengung kombinierter Epithel-Muskelkeime zurück.

Der zweite Teil der Arbeit hat die Aufgabe, auf Grund der Auffassung der Adenomyome als Entwicklungsstörungen einen neuen Gedanken zur Lehre von der Geschwulstdisposition zu entwickeln.

Die Frage, ob ein Adenomyom postfötalen z. B. entzündlichen Ursprungs ist oder auf kongenitaler Anlage beruht, läßt sich mit einiger Sicherheit auf Grund gewisser von R. Meyer angegebenen Gesichtspunkte unterscheiden (Narben, Infiltrationen, Zusammenhang mit der Schleimhaut). So finden wir eine große Anzahl solcher Tumoren, die Entwicklungsstörungen — abnormer Persistenz oder Versprengung embryonaler Organteile — ihre Entstehung verdanken.

Die Adenomyome finden sich nicht nur am Uterus sondern am ganzen weiblichen Genitaltrakt: an der Stelle des Epoophorons im Ovarium, im Mesovarium, an den Tuben, im Lig. latum und rotundum, und, in diesem als dem Leistenbande der Urniere weiter verlagert, in der Leistengegend und den großen Labien. Auch im Septum rectovaginale, in der seitlichen und hinteren Scheidenwand sowie in Lymphdrüsen des Beckens sind Adenomyome beschrieben worden. Unter den Theorien über die Gründe des geschwulstmäßigen Wachstums solcher versprengten embryonalen oder ausdifferenzierten Gewebe wird die von R. Meyer aufgestellte für die Adenomyome als zutreffend angenommen. Sie besagt, daß bei Entwicklungsstörungen der beschriebenen Art eine Hemmung in der Differenzierung der embryonalen Zellen eintrete. Diese wiederum disponiere zur Geschwulstbildung. Durch den Gehalt an embryonalen Einschlüssen, wie sie die Adenomyomkeime darstellen, erlangt mithin der Uterus eine — lokale — Disposition zur Tumorbildung.

Erfahrungsgemäß ist eine große Zahl von Adenomyomfällen durch Kombination mit Kugelmyomen oder Entwicklungsstörungen anderer Art (cystische Degeneration des Ovarium, Atresie der Cervix u. a.) kompliziert. Eine Zusammenstellung von 68 solchen Fällen weist 43 mal gleichzeitig Kugelmyome auf.

Das Zusammentreffen von Adenomyomen mit anderweitigen Mißbildungen des Uterus scheint demnach kein zufälliges zu sein. Diesem Gedanken gibt auch H. Freund in einer Arbeit Ausdruck, in der er zu dem Ergebnis kommt, daß die allgemeine Konstitution und Mißbildungen der Genitalien Disposition zur — auch multiplen — Tumorbildung in ihnen abgeben. In den Adenomyomen haben wir nun Produkte von Entwicklungsstörungen oder Gewebsmißbildungen vor uns, die eine so erhebliche Mangelhaftigkeit der Wandung des Uterus erzeugen, daß sie die Vorbedingung für allgemeine multiple Tumorbildung in ihm schaffen.

Bei der Betrachtung der Adenomyome unter dem Gesichtswinkel der Disposition eines Organes zur Geschwulstbildung ist es daher erforderlich, nicht nur, wie Freund es verlangt, die makroskopischen, sondern ebenso die nur mikroskopisch nachweisbaren Abnormitäten zu beachten.